POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA MITVALSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Marzec — ROCZNIK PIERWSZY — 1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

Uszkodzenia oka piorunem.

Przez

DRA JÓZEFA TALKO

(w Lublinie).

Wzmianki o tego rodzaju uszkodzeniach oka w podręcznikach wcale nie znajdujemy. Wypadki jednak są rozsiane w literaturze oftalmologicznej. Ktoby się tem zajmował, temu wskazujemy rozprawę dra Reinewald'a [1]), w której zebrał kilkanaście spostrzeżeń, z tych 9 z czasów przedoftalmoskopowych (Amaurose nach dem Blitzschlag) i 23 z czasów oftalmoskopowych. Te ostatnie dzieli on na 2 grupy — 7 wypadków uszkodzenia piorunem bez powstania zaćmy i 16 wypadków

[1]) Theophil Reinewald, Zur Casuistik der Blitzschlagverletzungen des Auges. Inaug. Dissertation. Giessen, 1895., stronic 22.

uszkodzeń piorunowych z utworzeniem się zaćmy, w liczbie których jeden z literatury polskiej [1]).

Prócz opalenia i zranienia skóry powiek, spalenia brwi i rzęsów, przekrwienia spojówki, nieraz jej obrzęku (chemosis), spostrzegamy w tych wypadkach lekkie zmętnienie rogówki, iritis, kyklitis z wypociną do ciałka szklistego, wynaczynienia w siatkówce i naczyniówce, rzadko pęknięcie tej ostatniej, neuritis, atrophia n. optici, a nawet oderwanie siatkówki.

Dalej skutkiem uderzeń piorunu powstają: ptosis, niedowład prostych mięśni oka, niedowład akomodacyi, obfite łzawienie i światłowstręt (hyperaesthesia retinae) przy bólach oczu i głowy. Ale co najczęściej daje się spostrzegać — to wytwarzanie się zaćmy w uszkodzonem oku nieraz w kilka nawet godzin, zwykle zaś po kilku tygodniach lub miesiącach. Zaćma piorunowa z początku tworzy się pod postacią tylnej lub przedniej biegunowej, kropeczkowatych lub sprychowatych zmętnień w miąższu soczewki, które albo pozostają stałemi, albo też prowadzą w kilka miesięcy do wytworzenia się jedno lub obustronnej kaszowatej zaćmy, przypominającej cukrzycową jej postać.

Oddawna już starano się rozmaicie tłomaczyć tworzenie się zaćmy u rażonych piorunem. Himly obwiniał o to oślepiający błysk światła elektrycznej iskry, Yvert (1880) rozdarcie torebki soczewkowej. Leber (1882) twierdzi, że powstaje przytem chemiczno-fizyczna zmiana istoty soczewkowej; nie dopuszcza on chwilowego działania nań podniesionej t°, lecz widzi w tem katalityczne działanie elektryczności, ścinającej białko. Nagel (1888) obwinia tu wstrząśnienie soczewki, chociażby nie znaleziono rozdarcia jej torebki. W pouczających wypadkach Vossius'a [2]) zaćma powstała wskutek zapalenia ciałka rzęskowego, które w jednym wypadku 3 razy powtarzało

---

[1]) H. Downar, O zmianach w oku, spowodowanych uderzeniem pioruna (»Gazeta Lekarska«, 1877, Nr. 9; z przypiskiem Dr. J. Talko).

[2]) A. Vossius, Ein Fall von Blitzaffection der Augen (Beitrage d. Augenheilkunde. IV. Heft. Hamburg u. Leipzig, 1892.), a także w rozprawie Reinewald'a.

się, składając wypocinę do ciałka szklistego. Przyłącza się do tego zapatrywania i dr. Reinewald, uczeń jego, twierdząc, że tu główną gra rolę naczyniówka, względnie ciało rzęskowe wytwarzające zmętnienie ciała szklistego i kształtowanie się zaćmy. Dr. Hess[1]) starał się dowieść tego doświadczalnie na oczach królików, u których po silnych uderzeniach prądem elektrycznym stwierdzał zaburzenia w krążeniu krwi w ciałku rzęskowem (przekrwienie nawet po 3 tygodniach i wynaczynienia), a to wskutek przewlekłego porażenia ścian naczyń krwionośnych. Hess zresztą obwinia o to odnowienie się nabłonka torebki soczewkowej, lecz gdyby to rzeczywiście miało miejsce, zaćma tworzyłaby się wcześniej (Vossius), naprzykład w kilka godzin, jak w wypadkach Knies'a (1886) i Silex'a (1888), a co rzadko bywa[2]).

Jakkolwiekbądź: czy prawdziwą jest teorya mechaniczna, czy chemiczna, czy wreszcie zapalna, — w każdym razie musimy uwzględnić u podobnych pacyentów częste zapalenie ciała rzęskowego (kyklitis), połączone z długotrwałymi bólami oczu i głowy.

Piorunowe zmętnienia rogówki bywają albo rozlane, albo dość licznie rozsiane w postaci mętnoszarawych plamek lub kropeczek. Zmiany te były spostrzegane tylko powierzchownie, w warstwie nabłonkowej. Najlepiej je oglądać lupą przy ogniskowem oświetleniu rogówki. —

---

[1]) Experimentelles über Blitzcatarakt (VII. period. internat. Ophthalmologenkongress zu Heidelberg. Wiesbaden, 1888).

[2]) W rzeczywistości Hess już w 2—4 godzin po przepuszczeniu iskier elektrycznych z butelki Leydena widywał u zwierząt poczynające się zaćmienie w równiku soczewki, równoległe do jej brzegu. Mikroskopijnie stwierdził zniszczenie większej i mniejszej ilości komórek nabłonkowych, a przypuszcza, że i włókna same zmianie przytem ulegają. W przypadku, przytoczonym przez Schleichera (Mittheil. aus der ophthalm. Klinik in Tübingen 1890, p. 295), obniżenie wzroku spostrzegł chory zaraz, powróciwszy w pół godziny po rażeniu piorunem do przytomności. Nie było żadnych objawów kyklitis, tylko zmętnienie soczewki i niedowład akomodacyi. *W.*

Pozwalam sobie przytoczyć jeden wypadek uszkodzenia oka piorunem, jaki spostrzegałem w r. 1896. w Razaniu.

18. lipca przywieziono do lazaretu wojskowego szeregowca Samsona Jełsukowa w stanie zupełnie nieprzytomnym. Tego dnia został on rażony piorunem w polu, niedaleko obozu, w chwili, gdy jechał w wozie; koń, ciągnący wóz, został zabity na miejscu. Chory wymiotował 3 razy, nic przełknąć nie może.

Na drugi dzień obejrzałem rannego wraz z kol. Ławrentjew'em, moskiewskim okręgowym okulistą. Chory przyszedł już nieco do siebie, lecz nie pamiętał, co się z nim stało. Opalone włosy przedniej części głowy, lewej skroni, a także lewa brew i rzęsy lewego oka, wąsy i broda również opalone. W lewej nadoczodołowej okolicy opalenizna jakby po przyżeganiu rozpalonem żelazem, silna czerwoność i obrzęk skóry czoła; skóra lewej skroni i całej lewej twarzy też opalona; na lewej stronie szyi podłużna czarna kresa, jakby od pociągnięcia rozpalonem żelazem, takież dwie kresy na skórze ponad m. pectoralis, w pobliżu lewego stawu ramieniowego. Raniony ogłuchł tak silnie, że odpowiada tylko wtedy, gdy głośno doń krzyczeć; z lewego ucha sączy się krew. Skarży się na silny ból w oku i w głowie. Dziś wymiotował tylko raz, przełyka swobodniej nieco. Chodzić może, lecz z wielką trudnością, chwiejąc się. Tętno 72.

Stan lewego oka. Obrzękłe i czerwone powieki zakrywają oko, z trudnością tylko może chory cokolwiek je otworzyć. Ruchy g. ocznej prawidłowe. Spojówka powiekowa i gałkowa znacznie przekrwione. Rogówka z lekka mętna wskutek złuszczenia nabłonka na całej jej powierzchni; wpoprzek rogówki poziomo przechodzi przez środek źrenicy szarawa cienka rysa; rysa ta, przypominająca takową w szkle po pociągnięciu go dyamentem, wyraźnie widzialna, osobliwie przy bocznem oświetleniu — umiejscowioną była w samej powierzchownej, nabłonkowej warstwie rogówki; szła ona od skroniowego do nosowego jej brzegu i tu zakończona była kropeczkowem wynaczynieniem krwi w rąbku spojówki.

Źrenica nieco zwężona. Oko obficie łzawi przy obfitej śluzowej wydzielinie worka spojówkowego. Chory widzi, lecz niejasno, z powodu zmętnienia rogówki. Prawe oko zdrowe.

Środki przeczyszczające do wewnątrz (calomel), lód na głowę, zimne okłady na oko i twarz, wkraplanie atropiny.

20. lipca. Chory odkrywa swobodniej oko, z którego obficie wydziela się śluz. Poprzecznej rysy w rogówce nie widać już wcale, rogówka odzyskała prawidłowy połysk wskutek odnowienia się nabłonka.

21. lipca. Źrenica rozszerzyła się od atropiny, lecz nie jest okrągłą, kształtem przypomina lit. D, w stronie bowiem nosowej rozszerzenie niedostateczne, prawdopodobnie wskutek niedowładu włókien mięśniowych tęczówki, gdyż przyrostów jej wcale nie znalazłem. Przytem dolny źreniczny brzeg tęczówki był jakby zawróconym do wewnątrz, ku stronie zupełnie przeźroczystej soczewki. Wogóle lewa tęczówka przybrała odmienną od prawej barwę, a to wskutek przekrwienia (hyperaemia iridis).

W lewem zupełnie głuchem uchu wykryto pęknięcie bębenka i ślady wynaczynienia krwi. pochodzącej ze środkowego ucha.

23. lipca. Z ucha wydziela się ropiasty płyn, kanał uszny zwężony wskutek obrzęku jego ścian. Z opalonych części skóra łuszczy się dużymi płatami. Chory skarży się na ból głowy, w oku ani bólu, ani światłowstrętu niema. Łzawienie trwa jeszcze. Źrenica więcej okrągła. Dno oka prawidłowe. Chory twierdzi, że widzi jednakowo obydwoma oczami.

26. lipca. Skóra twarzy, czoła i powiek zupełnie oczyściła się — naskórek całkowicie odpadł i odnowił się. Przekrwienie spojówki i jej wydzielina także ustały, i tu nastąpiło odnowienie się warstwy nabłonkowej. Visus = $^{20}/_{20}$. Źrenica okrągła, chociaż niezupełnie jeszcze.

12. sierpnia chorego wypisano do pułku morszańskiego, a 15. października starszy pułkowy lekarz pisał mi: pacyent nie słyszy wcale na lewe ucho, uskarża się na ciągły w niem szum; słuch prawego ucha tak jest obniżonym, że chory słyszy tylko głośną rozmowę, lecz słów nic nie rozumie, słyszy chód

zegarka w odległości 11 centim.; stwierdzono brak dotykowy czucia w lewej skroniowo-czołowej okolicy.

Naturalnie zwolniono go zupełnie ze służby wojskowej.

W wypadku naszym w chwili zranienia pacyenta piorunem porażony został najbardziej organ słuchu, mniej uszkodzone było lewe oko, przy poranieniu iskrą elektryczną skóry czoła, twarzy, szyi i okolicy stawu ramieniowego. Ucierpiała tylko lewa strona. Oko i poranienia skórne wyleczyły się zupełnie, chory pozostał tylko głuchym.

Nas najbardziej w opisanym wypadku zajmuje postać uszkodzenia rogówki, w której przez dwie prawie doby istniała kresa, dzieląca ją na dwie równe części, górną i dolną. Odpowiadała ona jakby kresom wzgl. zranieniom iskrą elektryczną czoła, szyi i okolicy stawu ramieniowego. Kresa rogówkowa powstała tylko w nabłonkowej warstwie rogówki, dlatego też ustąpiła prędzej, niż powstałe na skórze, która była głębiej zadraśniętą.

Godnem uwagi, że jednocześnie z tem, dość oryginalnem, uszkodzeniem rogówki — a którego nikt dotychczas jeszcze nie spostrzegał — stwierdziłem także przekrwienie tęczy (patrz doświadczenia H i m l y'ego) i częściowy jej niedowład przy prawidłowej akomodacyi.

Czy soczewka długo pozostała przeźroczystą, — powiedzieć nie umiem, ponieważ chorego postrzegałem tylko przez 3 tygodnie.

Patologiczny stan skóry, jak również spojówki i rogówki wywołany był oparzeliną piorunowej iskry; coś podobnego, w mniejszym jednakże stopniu, spostrzegano u robotników, pracujących przy silnem elektrycznem świetle fabryk spajania metali za pomocą elektryczności, działającem na tkanki ciała — przeważnie oczu — nie tylko gorącem, lecz i chemicznie. W każdym razie uszkodzenie oka naszego pacyenta było tylko powierzchownem; prąd elektryczny niby musnął przednią część g. ocznej, oparzywszy ją, zrobiła się kresa w rogówce i wynaczynienie krwi w limbus conjunctivae, która szybko wessaną została.

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

1. Z kliniki uniwersyteckiej ocznej Prof. Dra Eversbuscha w Erlandze:

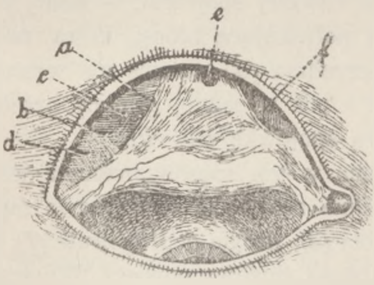
Fornicoblepharon [1])

podali

Dr. E. Glauning i Dr. I. Ettinger,

asystenci kliniki.

12. stycznia 1899. roku przybyła do naszej polikliniki 17 letnia J. Th., prosząc o poradę z powodu słabego wzroku. Obydwie rogówki są zajęte przez gęste, obszerne zmętnienia, będące, wedle podania chorej, skutkiem długo trwającego zapalenia oczu w dzieciństwie, z powodu czego pacyentka przez pewien czas przebywała w naszej klinice. Prócz wymienionych zmętnień i zaćmy prawego oka (cataracta polaris anterior) inne



Rys. A.

zmiany zewnętrznie nie były widoczne. Szpary oczne jednakowej wielkości, spojówka na gałce ocznej zupełnie prawidłowa, ruchomość gałek bez wszelkich przeszkód. Prócz nieznacznego przesunięcia ku tyłowi punktu łzowego prawej powieki górnej, drogi łzowe żadnych nie przedstawiają zmian.

[1]) Właściwszą byłaby nazwa zupełnie grecka, hapsidoblepharon od ἁψίς (sklepienie) i βλέφαρον. *Red.*

Natomiast po odwróceniu prawej górnej powieki widzimy, co następuje (Rys. A.): wewnętrzna powierzchnia pokryta jest jasno-szaro-różową t k a n k ą o połysku błony śluzowej, która ku dołowi[1]) bezpośrednio b e z u t w o r z e n i a z a ł a m k a p r z e j ś c i o w e g o przechodzi ponad brzeg chrząstki w spojówkę gałki ocznej. Tkanka ta wszędzie jest jednakowo napięta z wyjątkiem wystającego nad poziom nieco grubszego załamka *(a)*. Ten ostatni posiada wyraźny brzeg, wklęsłością zwrócony ku zewnątrz, i biegnie od zewnętrznego kąta powieki ukośnie ku środkowi jej wolnego brzegu. Na dole przechodzi on bez utworzenia sklepienia w spojówkę górnej zewnętrznej powierzchni gałki ocznej, natomiast u góry zrośnięty z powierzchnią wewnętrzną powieki, nie dochodzi do jej wolnego brzegu na jakie 3 mm. Prostopadle do tego załamka, ale głębiej pod nim leżąc, znajduje się drugi, mniej wyraźny załamek *(b)*, który dzieli zewnętrzną przez załamek *(a)* oddzieloną część powierzchni wywróconej powieki na dwa trójkąty: górny *(c)* niczem się nie różni od wyglądu zwykłej spojówki; — dolny *(d)* zaś pokryty jest przez gładką połyskującą błonę, która zachodzi pod załamek *(a)*. Powierzchnia *(d)* prawie nie wystaje nad poziom właściwy powieki i bez wyraźnej granicy przechodzi w wyżej leżącą prawidłową spojówkę powieki.

Opisana błona w ten sposób zrośnięta jest z górną częścią powieki, że linia zrośnięcia tworzy dwa zagłębienia: jedno w kształcie półkola *(e)*, drugie podługowate *(f)*, gdzie widoczną jest prawidłowa błona śluzowa powieki. Wywracając zaś nieco więcej górną powiekę, widzimy, że błona wszędzie przechodzi w spojówkę gałki ocznej bez utworzenia sklepienia. Podczas gdy na lewem oku przy lekko masujących ruchach widzimy załamek przejściowy i zraziki gruczołu łzowego, na prawem niczego podobnego nie spostrzegamy. Co za załamek przejściowy przyjąćby można, jest tylko wypukleniem spojówki, albo też przez brzeg chrząstki w nią przechodzącej błony.

---

[1]) Pojęcia »dół« i »góra« stosują się do odwróconej powieki.

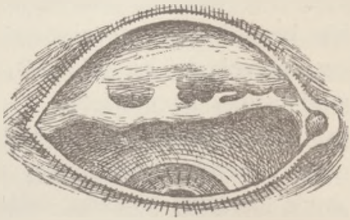
Po obu bokach chrząstki przechodzi błona na gałkę oczną; tworząc kilka poprzecznych załamków ciągnie się ona po stronie wewnętrznej ku nieco zwężonej i ku górze podniesionej plica semilunaris. Tu, a głównie na dolnym końcu załamka *(a)* przechodzą naczynia bezpośrednio ze spojówki gałki ocznej na błonę. Sama zaś ona przechodzi na jakie 10 mm. ponad brzegiem rogówki z gałki ocznej na powiekę.

Wprowadzając pod załamek *(a)* zgłębnik w kierunku od zewnątrz ku wewnątrz, przekonywamy się, że tkanka wyżej opisana leży na błonie śluzowej powieki, będąc z nią zrośniętą tylko u brzegów. Drugiego otworu nigdzie znaleść nie można. A zatem tkanka ta przedstawia zdwojenie (duplikaturę) błony śluzowej, która tworzy ze spojówką pod nią leżącą ślepo zamkniętą kieszeń.

Co do powstania tej osobliwości, przedstawiającej rodzaj symblepharon i którą, na podobieństwo »keratoblepharon«, nazwać możemy *„fornicoblepharon“*, to daje nam wskazówki historya choroby z 1891. roku, z której widzimy, że chora przechodziła ciężkie błonicowe zapalenie spojówki. Jak zwykle przy zakaźnem zapaleniu spojówki, i w tym wypadku nastąpiło opuchnięcie załamka przejściowego, które doszło do tego stopnia, że fornix jak worek zwieszał się ku dołowi. Wskutek owrzodzenia spojówki niedaleko brzegu powieki z łatwością przyjść mogło do zrostu pomiędzy conjunctiva tarsi a opuchniętym załamkiem przejściowym i do wytworzenia opisanego stanu. Zupełna ruchomość gałki ocznej też za tem przemawia, że błona została utworzona kosztem załamka przejściowego.

Usunięcie błony zostało w ten sposób przeprowadzone, że nożycami odcięto od zewnątrz ku wewnątrz tkankę odpowiednio do wolnego brzegu powieki. Zaraz po odcięciu błona znacznie się skurczyła, tworząc coś w rodzaju zasłony między widoczną teraz spojówką powieki i gałki ocznej. Za pomocą kilku szwów błona została przymocowaną do dolnego brzegu chrząstki.

Przy opuszczeniu kliniki stan chorej był następujący (Rys. B.): na dolnym brzegu wywróconej powieki znajduje się na zupełnie



Rys. B.

prawidłowej spojówce jasno-szaro-różowa, miejscami szaro-niebieskawo połyskująca tkanka, której górna granica tworzy wyraźną zygzakowatą linię, na obu kresach niewyraźnie się kończącą i biegnącą poziomo od zewnątrz ku wewnątrz. Tkanka ta opuszcza chrząstkę i przechodzi w załamek przejściowy, wypełniający wysokie sklepienie worka spojówkowego. Po obu bokach chrząstki błona przechodzi bez wszelkiego napięcia po stronie wewnętrznej na plica semilunaris, — z zewnętrznej zaś na górną część gałki ocznej. Przez przeniesienie górnej części błony na jej właściwe miejsce, utworzyliśmy prawidłowe sklepienie worka spojówkowego, a przemawia to również za tem, że nazwa *„fornicoblepharon“* jest w danym wypadku całkiem stosowną.

Erlanga, 25. lutego 1899.

2. Z uniwers. kliniki okulistycznej Prof. Dra Wicherkiewicza w Krakowie:

Przypadek prawdziwej dyfteryi spojówki o lekkim przebiegu i kilka uwag o znaczeniu bakteryologicznego rozpoznawania dyfteryi.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Ubiegło już 45 lat, odkąd genialny Graefe[1]) określił kliniczny obraz dyfteryi spojówki i zwrócił uwagę na chorobę, niewątpliwie ciężką, a często dotychczas zapoznawaną. I dziś jeszcze niejednokrotnie prawdziwa dyfterya uważaną bywa za odmienną nieco postać krupu[2]). Dla nas są to, klinicznie biorąc, postacie zupełnie różne, jeżeli zaś przy krupie i dyfteryczne występują objawy, to mamy do czynienia albo ze względnem zespoleniem obu chorób, albo najczęściej może z powikłaniem z powodu niestosownego leczenia, a zatem z tak zwaną dyfteryą rzekomą (pseudodiphteritis). Nie tu miejsce rozstrzygać tę sprawę, wymagającą nie tylko klinicznego doświadczenia, na którem się opieramy, ale także, i to przedewszystkiem, ścisłych badań doświadczalnych na zwierzętach, jako też i mikroskopowych, do których powrócimy przy innej sposobności. Na tem miejscu chcielibyśmy tylko zaznaczyć, że dyfterya i znamionami klini-

---

[1]) Ueber die diphter. Conjunctivitis. »Arch. f. Ophtalm.« I. 168.

[2]) Wyraz szkocki *croup,* oznaczający dławienie chorego, dotkniętego pewnego rodzaju zapaleniem gardła, dał powód do pomięszania pojęć. Krup gardła może być spowodowanym sprawą patologiczną w samej treści błony (diphtheria), ale i wytworem na jej powierzchni, to jest błoną wysiękową. Nigdzie lepiej tej chorobowej sprawy śledzić, nigdzie lepiej różnicy postaci oznaczyć nie możemy, jak właśnie na spojówce.

Przywięzując do wyrazu niekorzystnie obranego *diphtheritis* właściwe patologiczne pojęcie, wypadałoby raczej wyraz ten spolszczyć na zapalenie dławcowe, dławiec, gdyż ono dławi tkankę, doprowadzając ją do zgorzeli, a to, co w szerszem znaczeniu krupem zwiemy, stosowniej byłoby określić mianem zapalenia błoniastego, błonicą, gdyż tworzą się przytem rzeczywiste błony.

cznemi wyróżniająca się, a nie mniej i badaniem bakteryologicznem stwierdzona, jako taka może nadzwyczaj łagodnie przebiegać.

A. K., niezamężna, 25 letnia, z Rzeszowa, zgłosiła się 24. lutego b. r. do kliniki gynekologicznej Prof. Jordana. Tamże rozpoznano ciążę ośmiomiesięczną, nie przyjęto jednakże chorej do kliniki, lecz, z powodu równoczesnego cierpienia ocznego, odesłano do kliniki okulistycznej.

Chorą przedstawiono mi 25. lutego. Z wywiadów dowiedziałem się tylko tyle, że już przed rokiem miała mieć zapalenie ócz. Obecnie choruje od 6 tygodni. Co do styczności z innymi chorymi na oczy lub względnie na gardło, nic nie umie pewnego podać. Badanie ócz wykazało, co następuje:

Powierzchownie oczy nie przedstawiają znamion ciężkiego zapalenia. Zaledwie bowiem słabe występuje nabrzmienie powiek. Po odciągnięciu atoli dolnych powiek, przy czem chora objawia dość silny ból, spostrzegamy przedewszystkiem silne przekrwienie spojówki gałki w dolnych częściach w obrębie przylegania powiek do gałki. Miejsca te nie tylko silnie są przekrwione, ale nadto pod spojówką wyczuć można nabrzmienie czerwone. Pod naciskiem palców naczynia w obrębie tego nabrzmienia tylko nieznacznie zawartość swą tracą, a ucisk właśnie na to miejsce jest bardzo dla chorej przykry. Zmiana ta spojówki gałki, odgraniczona ku górze linią poziomą, u obu ócz przedstawia się prawie w równem nasileniu. Znaczniejsze zmiany można atoli dopiero na dolnych spostrzedz powiekach. Tutaj widzimy u prawego oka: na samym środku powieki wyniosłość szarą, nieregularnie owalną, około 8 mm. długą, a 6 mm. szeroką. Wyniosłość ta nie daje się strącić płatkiem nawet przy mocnem potarciu; w otoczeniu tkanka jest zgrubiała, twarda. U lewej dolnej powieki widać tak w spojówce powiekowej, jako też i przeważnie w załamku nacieczenie szarożółte, głębokie, twarde, objawiające się wyraźniej przy ucisku, palcami na powiekę wywieranym. Obok tego powierzchowne nieznaczne blizny. Wydzielina spojówki niezbyt obfita, śluzoworopiasta. Dalej zauważyłem wyprysk przy obu nozdrzach i nieżyt

nosowy. Gruczoły przyuszne obustronnie nabrzmiałe, a nawet nieco bolesne.

Wobec tego, że choroba przy 6 tygodniowem trwaniu tak nieznacznie się podmiotowo objawiała, wobec tego, że chora stanowczo twierdziła, iż nie stykała się z żadnym chorym na dyfteryę, przypuszczałem, gdy obraz kliniczny przemawiał za dyfteryą, że chora stosowała niewłaściwie jakie ludowe środki, co przy cierpieniu początkowo względnie nieznacznem spojówki nadało temuż odmienne znamię, i że zapalenie to uważać trzeba za tak zwaną rzekomą dyfteryę (pseudodiphteritis). Wielka jednakże bolesność na dotyk, a zwłaszcza nabrzmienie gruczołów przyusznych, nakazywały oględność i ścisłość w ostatecznem choroby określeniu. Rozważałem, czy jednak nie mamy do czynienia z dyfteryą prawdziwą w łagodniejszej postaci, i dlatego zarządziłem wykonanie hodowli celem stwierdzenia swoistości cierpienia. Badanie, dokonane w pracowni Prof. Bujwida, potwierdziło moje przypuszczenie, gdyż wykazało ono prątek jadowity[1]) dyfteryczny Loeffler'owski.

Chorej, którą do kliniki przyjąłem dla dalszego śledzenia przebiegu choroby, przepisałem: stosowanie maści kseroformowej w stosunku 5%, wystrzykiwanie nosa rozczynem lysolu $^1/_4$%, a na wyprysk nosa maść z hydrg. oxyd. v. h. p., plumb. acet. i lanol. Już nazajutrz nacieki spojówkowe zmniejszyły się, a cała sprawa coraz widoczniej poprawiała się. Po kilku dniach nawet nacieki już wcale nie uwydatniały się, a piątego dnia chora opuściła klinikę.

Tak zagadkowe powstanie choroby, trwającej od 6 tygodni, jako też wygląd wybitnie dyfteryczny, a jednak z prze-

---

[1]) Późniejsze doświadczenia, zawsze z wielką uprzejmością, do szczerej obowiązującą nas wdzięczności, robione w tej samej pracowni, hodowlą tegoż prątka na morświnkach, wykazały: bakterye dyfteryczne o słabej jadowitości — ponieważ u świnki morskiej, szczepionej hodowlą, ujawnił się obrzęk charakterystyczny w miejscu szczepienia. Świnka jednak pozostała przy życiu, gdy zwykłe jadowite bakterye dyfteryczne przyprawiłyby ją o śmierć.

biegiem choroby bardzo łagodnym, niezmiernie pobudziły ciekawość moją. Dochodziłem, czy może chora, przyjęta na klinikę, nie zaraziła się tamże, mając już skłonniejsze do zachorzenia oko, poprzednią jakąś chorobą osłabione. Rzeczywiście zachodził, jak się dowiedziałem, przypadek dyfteryi na klinice gynekologicznej, ale mówiono mi także, że chora nasza żadnej z tamtą, dyfteryą dotkniętą, nie miała styczności.

Zachodzi pytanie, co stanowi o obecności dyfteryi, względnie krupu: czy obraz kliniczny, czy też badania bakteryologicznego wynik? Naszem zdaniem jedynie obraz kliniczny, względnie patologiczna anatomia, ostatnie wyrzec mogą słowo. Przy dyfteryi mamy ze sprawą w treści błony śluzowej do czynienia, przy krupie ze sprawą powierzchowną. Jakie drobnoustroje w jednym, jakie w drugim przypadku główną odgrywają rolę, nie mogą nasze dotychczasowe wiadomości dostatecznie rozstrzygnąć, a zdaje się nawet, że dziś większe panuje pod względem rozpoznawczym choroby zamięszanie, aniżeli przed erą bakteryologiczną.

Jaką rolę odgrywają w tych razach drobnoustroje, — to jest rzeczą nie zupełnie jeszcze rozstrzygniętą, a kilka przykładów niechaj posłuży na wyjawienie pewnego zamięszania pojęć.

Zdawało się, że prątek Loeffler'owski jest jedynem kryteryum dla stwierdzenia dyfteryi, tymczasem Dr. Meyer[1]) podaje z kliniki uniwersyteckiej wrocławskiej szczegóły o przypadku dyfteryi spojówki, która na jednem oku najprzód łagodnie, a potem, przy dość znacznej gorączce, ciężko przebiegała i do utraty oka doprowadziła, a jednak nie mogły ponowne badania wykazać prątków Loeffler'owskich, lecz jedynie streptokoki. W tym też przypadku surowica Behringa zastrzykiwana żadnego nie wywołała skutku dodatniego.

Godziłoby się atoli zapytać, czy też zapalenie spojówkowe niedyfteryczne innemi okolicznościami nie doprowadziło do tak smutnego przebiegu. Rzecz sama nie dostatecznie wytło-

---

[1]) »Allg. med. Centralzeit«. 1897. N. 22.

maczona. Ale jak z jednej strony spostrzeżenia, na pozór przynajmniej dokładne, wykazywać się zdają, że dyfterya może zachodzić bez prątków Loeffler'owskich, tak z drugiej znowu strony krup w czystej postaci odsłania się później jako dyfterya. Za tem przemawiałoby spostrzeżenie Haaba[1]), gdzie u dziecka 5 letniego z zapaleniem pryszczykowem powiek, ropnem zapaleniem spojówki i szarożółtym pokładem, który po dwóch dniach znikł, wystąpiło później także dyfteryczne zapalenie gardła. Od tegoż miały się i inne dzieci, na stacyi umieszczone, zarazić. Wobec tego, że nie wykonano badania bakteryologicznego, nie można żadną miarą ściśle oznaczyć, jak to Haab czyni, jakiem było zapalenie oka. Prawdopodobnie wystąpiło zapalenie dyfteryczne w okresie rzeżączkowym, lekko przebiegając, albo też dziecko, mając zapalenie spojówki błoniaste, później zapadło na dyfteryę gardła, zaraziwszy się od innych. Do pewniejszych już wyników dochodzi Prof. Uhthoff[2]), który podaje wynik swych badań, dokonanych na 4 przypadkach zapalenia dyfterycznego. Zapalenie to miało przebiegać pod postacią zapalenia błoniastego (krupowego) bez powikłań, bez bliznowatego skrócenia spojówki. A jednak w trzech z tych 4 przypadków można było bakteryologicznie stwierdzić obecność prątków zaraźliwych dyfteryi. Autor, na podstawie tych badań, wyraża przekonanie, że ścisłe odgraniczenie zapalenia dyfterycznego od krupowego nie da się przeprowadzić, na co, według własnego doświadczenia, żadną miarą zgodzić się nie możemy.

Ponownie twierdzono, nawet ze strony poważnej[3]), że przy tak zwanej prawdziwej dyfteryi gardła występowały objawy zapalenia krupowego spojówki, ale wolno zapytać, czy sprawa spojówki nie była albo już osłabioną, albo tylko powikłaniem, albo, co prawdopodobniejsze, czy zapalenie gardła,

---

[1]) »Correspondenzblatt f. schw. Aerzte«. 1897. N. 4.

[2]) »Berliner Med. Wochenschrift«. 1894. N. 34.

[3]) Schirmer, Haab, Uhthoff, Vennemann, Schmidt-Rimpler.

uchodzące za dyfteryczne, było niem rzeczywiście. Wszakże trudniej nam to w gardle rozpoznać, aniżeli na spojówce.

Obecność prątków Loeffler'owskich nie może jeszcze, według nowszych badań, rozstrzygać pytania, czy mamy rzeczywiście z prawdziwą dyfteryą do czynienia. Badania bowiem bakteryologiczne Morellego[1]) i Sourdilla[2]) zdają się wykazywać, że i zapalenie krupowe spojówki może być wywołanem przez prątek Loeffler'owski.

Gdy więc, według Morellego, Sourdilla, a także Uhthoffa, obraz kliniczny zapalenia krupowego może mieć za podstawę obecność swoistego rzekomo prątka, t. j. prątka Loeffler'owskiego, zaznacza przeciwnie Dr. Mauro[3]) na 14 kongresie okulistów włoskich w Wenecyi w rok później po Uhthoffie, że badając 14 przypadków krupowego zapalenia spojówki hodowlami, nie mógł nigdy wykazać obecności prątka Loeffler'owskiego, natomiast zawsze znalazł streptokoki i stafylokoki ropotwórcze (pyogenes).

Z drugiej strony atoli słusznie zwrócił uwagę Peters[4]) na okoliczność, że nie podobna li tylko na podstawie wyników badań bakteryologicznych wyrokować o dyfteryi. Znalazł on przy zapaleniu krupowem spojówki prawdziwy prątek dyfteryczny, gdy nigdzie zresztą w ustroju dyfteryi nie było, ale wyznaje zarazem, że z pomocą mikroskopu i hodowli samej nie podobna rozróżnić prątków dyfterycznych prawdziwych od rzekomych, czyli prątków jadowitych od niejadowitych (virulente von avirulenten). O jadowitości rozstrzyga ostatecznie wyłącznie doświadczenie na morświńce. Ale i ono nie daje nam zupełnej pewności. Pojęcia pod tym

---

[1]) »Archives d'ophthalm.« t. XIV, p. 334.

[2]) Etude clinique, bactériologique et therapeutique sur la diphtherie oculaire, »Archives d'ophthalm. 1893, p. 762.

[3]) »Annali di Oftalmol.« di Qualino, Guaita e Rampoldi. 1895, fasc. 4 supl.

[4]) Ueber das Verhaeltniss der Xerobacillen zu den Diphteriebacillen nebst Bemerkungen ueber die Conjunctivitis crouposa. — Sitzber. die niederrhein. Ges. f. Natur u. Heilkunde zu Bonn. 1896.

względem zaczynają się coraz więcej mięszać i potrzeba, zdaniem naszem, podstawowego przekształcenia nauki o swoistości pewnych drobnoustroi. Cóż bo wskaże nam tę swoistość, gdy prątek Loefflerowski zachodzi w wielu chorobach, a nawet wśród prawidłowych naszego ustroju stosunków. Jego warunki barwienia i własności biologiczne nie wyróżniają go od innych prątków, a nadto i doświadczenie na zwierzętach także nie daje nam pewności. Wyraża się przecież pod tym względem Neisser w ten sposób: »Ein Parallelismus zwischen Menschenpathogenitaet u. Meerschweinchenpathogenitaet ist nicht vorhanden, und daraus, dass eine Diphteriebacillencultur für Meerschweinchen nicht pathogen ist, laesst sich für die Virulenz Menschen gegenüber bisher nichts folgern, ein Verhalten, wie es in neuester Zeit für die Streptokokken von R. Koch u. Petruschky erwiesen wurde«.

Może być, że ulepszone badania barwikami rozróżnianie umożliwią, jak to zresztą Neisser[1]) zapowiada.

Dopóki to nie nastąpi, trudno w zamięszaniu tem, którego mały nakreśliliśmy pobieżnie obraz, opierać się w celach rozpoznawczych na tak jeszcze niepewnych podstawach bakteryologii. Przekonują nas wszakże nasze spostrzeżenia własne, że badanie bakteryologiczne nie wystarcza do stawiania ścisłego rozpoznania, gdyż n. p. i bakterye Loefflerowskie, t. j. zakaźne, mogą się znaleść w prawidłowej spojówce, a potrzeba nieznanych nam jeszcze okoliczności do wywołania swoistego zapalenia, znamiennego pod względem klinicznym, pod względem przebiegu i zejścia choroby.

Obraz kliniczny zapalenia błoniastego jest tak odrębny od zapalenia dyfterycznego, że nie podobna obu spraw równoważyć. Mogą atoli niewątpliwie zachodzić i skojarzenia obu spraw, względnie zapalenie błoniaste może, czy to wskutek niewłaściwego leczenia, czy to w następstwie osłabienia organizmu, przyjąć obraz prawdziwej dyfteryi.

---

[1]) Zur Differentialdiagnose der Diphteriebacillen. »Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskrankheiten«, t. XXIV, p. 443. 1897.

Jeżeli Vossius[1]) wyraża się, że „*die diphteritische Conjunctivitis entweder mit Faserstoffexsudation in das Gewebe der Bindehaut oder mit Pseudomembranen auf ihrer Oberflaeche verlaufen u. dass die Zugehoerigkeit dieser als conj. crouposa bezeichneten Form der Bindehautaffection zur Diphterie nicht nach dem klinischen Bilde sondern lediglich durch die bacteriologische Untersuchung entschieden werden kann*“, — to widocznie nie uznaje głównej różnicy obu spraw patologicznych pod względem pochodzenia, obrazu klinicznego, przebiegu i powikłań, tak odmiennych, tak wybitnych, że nietrudno wprawnemu oku szybko i stanowczo tę różnicę poznać. Przyznajemy, że mogą, jak powyżej zaznaczyliśmy, zachodzić powikłania, ale czyste przypadki już klinicznie dostatecznie się znaczą, hodowla i doświadczenie na zwierzętach mogą nam tylko rozpoznanie nasze potwierdzić, względnie wykazać zespolenie rozmaitych spraw chorobowych.

III. STRESZCZENIA.

Zur Kenntniss der akuten Methylalkohol-Intoxikation. Prof. Dr. H. Kuhnt. (»Zeitschrift für Augenheilkunde«. 1899. Z. 1).

Dotychczasowe nasze wiadomości o objawach zatrucia alkoholem metylowym są bardzo niedostateczne. U człowieka zatrucia takiego jeszcze dotąd nie opisano. Jedynie Pohl robił doświadczenia na psach i przekonał się, że po podaniu tego alkoholu w ilości około 5 cm. sześciennych na kilogram wagi — zwierzę okazuje zrazu niepokój, po pewnym jednak czasie zasypia głęboko i albo dopiero po kilku dniach z tego snu się przebudza, albo się nie budzi już wcale. — Oględziny pośmiertne wykazują zazwyczaj jedynie znaczne stłuszczenie wątroby. Z badań Pohla wynika, że alkohol metylowy zatrzymuje się niezmieniony przez pewien czas

[1]) D. croupoese Conjunctivitis u. ihre Beziehungen zur Diphtherie. Sammlung Zwangsloser Abhandlungen. Heft. I.

w ustroju, poczem zaczyna się wydzielać przez nerki w postaci utlenionej, jako kwas mrówkowy. Przy tem utlenieniu powstaje widocznie bardzo tylko mała ilość wytworu pośredniego, jakim jest aldehyd mrówkowy, albo może aldehyd ten utlenia się dalej tak prędko, że nie występują żadne, najsłabsze choćby oznaki zatrucia formalinowego.

Autor miał sposobność spostrzegać dokładnie przypadek ostrego zatrucia alkoholem metylowym u młodego robotnika fabrycznego, zajętego przy suchej destylacyi drzewa. Robotnik ten wypił pewną ilość tego przetworu, zmięszawszy go ze zwykłą żytniówką. Ilości wypitej trucizny nie umiał chory dokładniej określić. Dopiero nazajutrz pojawiły się niepokojące objawy: zrazu uczucie zimna i nieokreślony lęk, potem nudności, zawrót głowy i ociężałość. Wkrótce popadł chory w głęboki sen, który trwał bez mała trzy doby. W tym czasie dwa razy tylko na krótko się przebudził. Trzeciego dnia dopiero wstał z silnym bólem głowy i zauważył, że ma jakby białawą mgłę przed oczyma. Mgła ta z każdą chwilą coraz bardziej wzrok mu zasłaniała tak, że do następnego dnia wygasło obustronnie poczucie światła. W tym stanie przywieziono go do królewieckiej kliniki ocznej. Z jednej strony prawidłowy wygląd zewnętrzny oczu i brak wszelkich zmian wziernikowych, a z drugiej dotkliwy ból pozagałkowy, jakiego chory doznawał przy poruszeniach oczu i przy lekkiem nawet wciskaniu gałek w głąb oczodołów — uprawniały dostatecznie rozpoznanie pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego. Ponieważ mimo szczegółowego badania nie można było wykazać dla tego zapalenia żadnej innej ogólnej ani miejscowej przyczyny, trzeba było je zatem odnieść do ostrego zatrucia alkoholem metylowym. Energiczne leczenie napotne zostało uwieńczone najpomyślniejszym skutkiem, bo naprzód wróciło poczucie światła, a potem wzrok zaczął się stopniowo poprawiać i po 25 dniach chory opuścił zakład z obustronną pełną bystrością, a stan zdrowia ogólnego również nie pozostawiał nic do życzenia.

Dla upewnienia się co do składu trującego płynu, jakim robotnik ten mógł rozporządzać, zwrócił się prof. K. do odnośnej fabryki po wyjaśnienia i na tej drodze stwierdził, że płyn ów był prawie czystym alkoholem metylowym ($CH_3.OH$), zawierającym tak nieznaczne tylko ilości innych wytworów suchej destylacyi drzewa (jak aceton, aldehyd mrówkowy, aldehyd octowy, alkohol allylowy i t. d.), że związki te na obraz zatrucia nie mogły wywrzeć najmniejszego wpływu. *Dr. K. W. Majewski.*

Blepharorrhagia u noworodków. Békéss (»Archiv für Kinderheilkunde«. T. XXV.).

Przytoczywszy dane statystyczne Rittera z domu podrzutków w Pradze, z których okazuje się, iż na 13 tysięcy dzieci spostrzegano 20 wypadków blepharorrhagii, z tych w 13 wypadkach były krwotoki z innych błon śluzowych i z pępka (12 noworodków zmarło), a w 7 (z których 3 zmarło) wyłącznie blepharorrhagia, w dwóch wypadkach powikłana rzeżączkowem zapaleniem oczu, Dr. Békéss od siebie dodaje wypadek, w którym u dziecka, zrodzonego przy pomocy kleszczy, powstał w 6 godzin po urodzeniu krwotok z prawego oka, przyczem powieki były obrzękłe i krwawemi wybroczynami pokryte. Na spojówce górnej powieki widocznem było krwawiące miejsce. Krwotoku nie powstrzymały ani lodowe okłady, ani przypalanie azotanem srebra, ani uciskająca opaska, ani szczypce hemostatyczne. Dopiero uciskająca opaska z gumowego bandażu okazała się skuteczną. Objawy oparzenia rogówki i spojówki, wywołane tuszowaniem, pozostawiły wkońcu ślady pod postacią blizn na spojówce i nieznacznego zmętnienia rogówki; na spojówce górnej powieki wytworzyła się wskutek zakładania szczypczyków zgorzel. Ponieważ w powyższym wypadku nie było krwawiączki (okazało się to wkrótce przy wypadkowem zranieniu czoła u dziecka), przeto autor przyczyny krwotoku szuka w zastosowanym sposobie Credé'go. Ritter zaś uważa blepharorrhagię, samą lub powikłaną krwotokami z innych błon śluzowych, za objaw charłactwa u dzieci przedwcześnie zrodzonych, albo za skutek cierpień, przebytych w życiu wewnątrzmacicznem.

Dr. Katz we »Wraczu« (N. 6. 1899 r.) podaje własne spostrzeżenia, w których krwotok, występujący drugiego lub trzeciego dnia po porodzie, przedstawiał jak gdyby pierwszy stopień rzeżączkowego zapalenia oczu, gdyż po upływie 2—3 dni krwawy wypływ stawał się ropnokrwawym, a następnie ropnym. Wypadki powyższe zakończyły się pomyślnie. *Wł. Talko.*

Ueber nicht gonorrhoische Blennorrhoe der Conjunctiva. Prof. Axenfeld (»Deutsche Med. Wochenschrift«. 1898. N. 44).

Każdemu z nas niewątpliwie już podpadało, że zapalenia wybitnie ropne spojówki miewają niejednokrotnie przebieg łagodny, gdy inne, mimo starannego leczenia, do znacznych zmian następowych prowadzą. Ściślejsze badania bakteryologiczne nieco wyjaśniają nam tę rzecz. Autor, który sprawą tą zajmował się szczegółowo, przekonał się, że i typowa rzeżączka spojówki nie jest jednolitą. Nawet badanie mikroskopowe, gdy nie jest bardzo oględnie przeprowadzane, może dać powód do omyłek.

Już Schmidt-Rimpler wykazał, że *śluzotok* (blennorrhoea) może bez gonokoków zachodzić. Potrzeba nam w rozpoznawaniu choroby ściślejszego określenia, do czego słusznie zmierza autor. By unikać pomyłek, wypada dla spojówki stosować barwienie Grama, gdyż i na spojówce zachodzą diplokoki, które niczem nie różnią się od gonokoków, ale barwią się, według Grama, pozytywnie, a na zwykłych pożywkach już przy ciepłocie pokojowej rosną. Takie rzekome gonokoki zachodzą także i przy śluzotoku, ale w takim razie tenże przebiega daleko łagodniej, aniżeli prawdziwa rzeżączka (gonorrhoea).

Inny rodzaj śluzotoku spojówkowego wywoływany bywa zakażeniem przez pneumokoki, a spostrzegano go przedewszystkiem u noworodków. Słuzotok taki w kilku nieraz dniach ustępuje, a powikłanie z cierpieniem rogówki należy do rzadkości. Przyżeganie spojówki jest tutaj zbytecznem, gdy cierpienie przy oczyszczaniu oka zupełnie ustępuje. Odosobnienie chorych jest również zbytecznem, już dlatego, że choroba nie jest ciężką, a przedewszystkiem dlatego, że usposobienie do zarażenia jest bardzo rozmaite, a zależne od swoistego usposobienia. To też przypadki tego zapalenia częściej występują pojedynczo, aniżeli epidemicznie.

Zapalenie spojówki, wywołane prątkami dwoinkowymi (diplobacillus), może nieraz przybrać postać nieżytu z nabrzmieniem spojówki, czyli t. z. *Schwellungskatarrh*.

Dwa razy spostrzegał autor u noworodków, nieznany dotychczas, a może raczej nieopisany, nieżyt jako śluzotok, spowodowany drobnoustrojem z rodzaju *bacterium coli*. Tak spojówka, jako też i wydzielina, przedstawiały się, jak przy prawdziwej rzeżączce średniego nasilenia, tylko ostatnia była nieco galaretowata. W obu przypadkach choroba wystąpiła jednostronnie. Jedno z dzieci umarło na nieżyt żołądkowo-kiszkowy, u drugiego zapalenie oka po kilkorazowem stosowaniu saletrzanu srebra ustąpiło.

Autor widział raz u noworodka obustronne dyfteryczne z jadowitymi prątkami Loeffler'a występujące zapalenie w postaci rzeżączki z błonami, przypominającemi rzekome błony. Błony te przekraczały wolny brzeg, rozprzestrzeniając się nawet na skórę powiekową. Gdy wypłukiwania sinkiem rtęci 1:2000 niewiele skutkowały, a hodowle cierpienie oznaczyły jako dyfteryczne, przeprowadzono zastrzykiwania surowicy z dobrym skutkiem. Doświadczenie to pobudza autora do wyrażenia upomnienia, by częściej przy niekorzystnie przebiegających rzeżączkach myślano o dyfteryi, względnie o stosowaniu surowicy. Na własnem doświadczeniu opierając się, sądzimy, że powikłania takie nie należą do unikatów, jak je autor przedstawia.

Dwa razy znowu widział A. prawdziwy śluzotok noworodków bez możności wykazania obecności jakichkolwiek bakteryi, a po kilku dniach śluzotok usunął.

Wobec tej różnorodności w patologii rzeżączki noworodków, statystyka tej choroby nie może dopóty mieć wartości, dopóki nie uwzględnimy etyologii; tak samo i znaczenie profylaktyki i leczenia od dokładnego określenia śluzotoku rzeżączkowego zależnem być musi.

W.

Das Krankheitsbild u. die Behandlung der Keratalgia traumatica u. der recidivirenden Hornhauterosionen. Dr. Th. von Schroeder (Mitth. aus der Peters. Augen-Heilanst. Heft. V.).

Znaną jest w nauce choroba oczu (Arlt, Fuchs i in.) pod nazwą recidivirende Hornhauterosionen, keratitis bullosa recidiva, neuritis ciliaris traumatica, opisana przez Dra S. pod nazwą keratalgia traumatica, którą tak nazwał Grandclement, zdaniem autora najsłuszniej, gdyż neuralgia zależną jest od sprawy toczącej się w rogówce. Zwykle przyczyną jej bywa uraz, uszkodzenie paznokciem, listkiem lub czem innem. Objawia się często po pewnym czasie, kilka tygodni lub miesięcy po uszkodzeniu, przyczem na plamce lub w bliżnie wykrywamy lupą nadżerkę, oddzielenie się przybłonka; pęcherzyków (bullae) ani razu nie widział. Napady keratalgii mają wszelkie cechy nerwobólu, objawiają się typowo, powtarzają się nieraz w jednej i tej samej godzinie, przyczem nie tylko rogówka, lecz i n. nadoczodołowy są dość bolesnymi, trwają pół godziny i dłużej, powtarzając się codziennie lub co kilka dni. Autor próbował rozmaitych środków: wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę (Wecker), galwanizowania n. supraorbitalis (Magawly), galwanokauteryzacyi owrzodzonej części rogówki (Eversbusch), wkraplania atropiny, kokainy, compresse échauffante, fenacetyny na wewnątrz. Najlepszy i najprędszy jednak wynik otrzymał, stosując środek, zalecony przez Dr. Germanna: znieczuliwszy rogówkę 5% roztworem kokainy, pocierał uszkodzone miejsce rogówki 2% roztworem lapisu. W artykule autor zamieścił 8 spostrzeżeń tego cierpienia, gdzie z pożytkiem stosowane były powyższe środki. U wyleczonych chorych zwykle na miejscu bolesnych nadżerek pozostają niewielkie zmętnienia rogówki (maculae).

Streściwszy tę pracę, nie mogę nie wspomnieć, że przed dwoma laty we »Wraczu« Dr. Merck gorąco zachwalał w nerwobólu oka ciepły roztwór kali cyanati ($^1/_3$ do $^1/_2$%, polecany także przy argyrosis conj.), wkraplany do worka spojówkowego, lecz więcej jeszcze następujący środek: *Rp.* Chin. muriat. (sine acid.) 0,1 grm., morphii muriat. 0,05 grm., aq. destill. 10 grm. »Niema ani jednej

neuralgii, którąby nie ustąpiła od 1—2 krotnego wpuszczenia tych kropel z ciepłego roztworu«, powiada Dr. Merck. Zdaniem naszem jest to środek przy keratalgii paliatywny, radykalnym za jest środek Germann'a. *Dr. J. T.*

Ueber recidivirende traumatische Hornhautneuralgie. Prof. B. Wicherkiewicz (Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 37. 1898).

W. poświęcił także artykuł sprawie, omawianej przez Dra Schroeder'a. Twierdzi on, że chorobę rogówki nie tylko spostrzega się przy powierzchownych jej nadżerkach, ale spostrzeganą bywa i w wypadkach urazowych uszkodzeń tej błony bez oddzielenia się przybłonka. Niestosowne są więc nazwy »recidivirende Hornhauterosion«, albo też »Hornhautentzündung« (Schweigger), lecz ponieważ przyczyny zaburzeń szukać trzeba w urazowem uszkodzeniu rozgałęzień nerwu trójdzielnego w rogówce, najodpowiedniej chorobę tę nazwać należy »powrotnym urazowym nerwobólem rogówki«. Nazwa ta, zdaje mi się, jest najodpowiedniejszą, chociaż anatomopatologiczne poszukiwania dotąd nie stwierdziły tego.

Tworzenie się pęcherzyków na rogówce, wskutek podniesienia przybłonka, należy przytem do rzadkich wyjątków.

Już Reuss stwierdza tu dobre działanie chininy, W. widział tylko chwilowe polepszenie od kokainy, natomiast z korzyścią stosował wstrzykiwania podskórne w czoło morfiny, która nie tylko — zdaniem jego — koi ból, lecz leczy cierpienie; przytem powleka W. rogówkę obojętnym tłuszczem i oko zakrywa ochronną opaską (papier Wolfberg'a).

Wkońcu opisuje W. 2 własne spostrzeżenia, poczem wypowiada zdanie, że nie widział, aby ten nerwoból objawiał się, jak twierdzi Fuchs, po kilku tygodniach i miesiącach, wtedy, »gdy uszkodzenie rogówki było już zupełnie uleczonem«. W jego wypadkach potrzeba było przerwy kilkodniowej, albo jednotygodniowej. — Na powtórzenie neuralgicznych napadów w wypadkach, gdzie już nastąpiła odnowa przybłonka, wpływają: silne światło, kurz, przeciągi i t. p., które wywołują skurcz powiek, a więc i odpadnięcie młodego, odnowionego przybłonka. *Dr. J. T.*

O znieczulaniu miejscowem i granicach jego stosowania. Dr. M. W. Herman (Odbitka z »Gazety Lekarskiej«).

Ponieważ okulista, częściej jeszcze niż chirurg, daje pierwszeństwo znieczuleniu miejscowemu przed ogólną narkozą, — dlatego znajdzie wiele zajmujących i ważnych dla siebie uwag w pracy Dra H., który omawia krytycznie niemal wszystkie ważniejsze spo-

soby miejscowego znieczulania, będące dziś w użyciu i wypróbowane na wielką skalę w klinice chirurgicznej Prof. Rydygiera we Lwowie. Wyliczywszy przeróżne niebezpieczeństwa, jakiemi grozi choremu narkoza, omawia po kolei skuteczność takich sposobów znieczulania, jak zamrażanie chlorkiem etylu, wstrzykiwanie podskórne kokainy i eukainy B, a wreszcie napawanie tkanek rozczynami Schleicha. Z tych sposobów najwięcej uznania w lwowskiej klinice chirurgicznej zdobył sobie widocznie ostatni, bo z czasem nie tylko porzucono dla niego niemal zupełnie wszystkie inne sposoby miejscowego znieczulania, ale nawet pozwolono mu zapanować wszechwładnie w tych zakresach chirurgii, gdzie dawniej trzeba było z reguły uciekać się do ogólnej narkozy. W okulistyce sposób Schleicha, mimo swych wad niezaprzeczonych, może oddać rzetelne usługi, dlatego winniśmy uznanie Drowi H., że szeregiem pracowitych i sumiennych doświadczeń rozwiązał ważne zagadnienie jałowości rozczynów Schleicha. Doszedł on mianowicie do przekonania, że płyn Schleicha, przyrządzony na świeżo przekroplonej wodzie z zachowaniem ścisłych przepisów aseptyki, może być uważany za jałowy, nie sprowadza nigdy ropienia, może zatem być użyty bez poprzedniego wygotowania, co jest rzeczą bardzo pożądaną, bo kokaina w ciepłocie wrzenia rozkłada się na benzoilekgoninę i alkohol metylowy, przez co płyn z konieczności traci pewną część znieczulającego działania.

Dr. K. W. Majewski.

Działanie wyciągu nadnercza na oko. P. Timofiejew. (Rozprawa inaug. Petersburg. 1898).

Dnia 2. lutego Dr. T. zdawał sprawozdanie w petersburskiem oftalmologicznem Towarzystwie o wynikach swych doświadczeń w tej sprawie. Dadzą się one streścić tak:

Po wkropleniu do oka silnych rozczynów wyciągu nadnercza po 15—20 sekundach, wskutek zwężenia naczyń spojówki, ta ostatnia w ciągu 10—45 minut znacznie blednie, co jednak nie daje się spostrzegać w głębokich częściach gałki.

Extractum haemostaticum Merck'a wywołuje w oku silny ból i pieczenie w ciągu pół minuty.

Wyciąg wcale nie znieczula oka, lecz przyspiesza znieczulenie takowego kokainą, wkraplaną do oka w stanie zapalnym.

Nie działa on ani na źrenicę, ani na akomodacyę, ani na śródoczne ciśnienie.

Przy silnych zapaleniach zwężająca naczynia działalność wyciągu bywa niedostateczną.

Dzięki swemu działaniu na naczynia wyciąg może być z ko-

rzyścią użyty przy trudnych sondowaniach dróg łzowych, dla powiększenia znieczulenia kokainą przy zapalnych sprawach i w celach kosmetycznych.

Wyciąg nie wpływa zgoła na zmniejszenie krwotoku przy operacyach powiek i gałki ocznej. *Dr. J. T.*

Ludowy środek „gwoździk“ (pączek gwoźdz. drzewa) przeciw zmętnieniu rogówki. W. Krawczenko. (Rozprawa inaugur. Petersburg. 1898).

Wodny jego wyciąg autor wypróbował w 62 wypadkach rozmaitych zmętnień rogówki, poczynając od mgiełki i kończąc na bielmie. Ponieważ krople tego środka dość drażnią oko, — przeto używano ich w razie nieobecności zapalnych spraw przedniej części gałki. Po pewnym czasie plamy stawały się przeźroczystsze i siła wzroku polepszała się, z $^{10}/_{200}$ dochodziła do $^{20}/_{40}$, z $^{20}/_{200}$ do $^{20}/_{70}$, z $^{2}/_{200}$ do $^{10}/_{100}$, z $^{15}/_{200}$ do $^{20}/_{200}$, i to tem prędzej, im świeższe było zmętnienie, chociaż nawet kilkoletnie plamy dawały dobry wynik. Już po 1—$1^1/_2$ tygodnia sami chorzy uważają polepszenie wzroku. Działają tu głównie składniki eterowe wyciągu. Zwykle wkraplał wodny wyciąg rano i wieczór, przy silnych zmętnieniach można od czasu do czasu pocierać je pędzelkiem, umaczanym w powyższym płynie. *Dr. J. T.*

W sprawie wydobycia zaćmy bez irydektomii. Dr. Ihnatjew (»Wojenno-medicinskij Zurnał«. Książka styczniowa 1899).

Autor nie zgadza się z twierdzeniem v. Graefe'go, że irydektomia ułatwia wychodzenie z oka jądra i korowych mas soczewki i że wycięcie tęczówki ma przeciwzapalne znaczenie przy operacyi wydobycia zaćmy. Ta ostatnia dobrze wychodzi i bez irydektomii [1]. Wycinając zaś tęczówkę do jej obwodu i przytem szeroko, niszczymy czynność m. zwężającego źrenicę, a tem samem wyzywamy bezwład lub niedowład akomodacyi (m. sphincter iridis koordynowany z m. ciliaris). W tym to »spokoju akomodacyi«, zdaniem p. I., zawiera się cała tajemnica przeciwzapalnego działania irydektomii przy jaskrze. Taka szeroka i dobrzeżna irydektomia wcale nie powinna się robic przy wydobyciu zaćmy. Autor oparł swoje hypotetyczne twierdzenie na teoretycznych kombinacyach i starał się je poprzeć 7 własnemi operacyami, których dokonał na robotnikach, pracujących w fabryce Iżowskiej (gub. Wiatskiej). Ekstrakcye robił sposobem Graefe'go, lecz bez iredektomii; do tej ostatniej uciekał się wtedy, kiedy upar-

[1]) Jeżeli twarda cała. *W.*

cie wypadała tęczówka i przy obszernych tylnych jej przyrostach. Po ekstrakcyi bez irydektomii tęczówka zwykle podniesioną bywa ku górze, wskutek przyrostu do blizny; źrenica ma postać nietyle oszpeconą, co przy kolobomacie, pomimo jednak użycia ezeryny nie zachowuje prawidłowo okrągłego kształtu. W krótkiej kazuistyce 7 wypadków autora nie podano ściśle oznaczonej bystrości wzroku u operowanych, — wzmiankuje tylko zwykle: »wynik dobry, choremu przepisano odpowiednie okulary« [1]. *Dr. J. T.*

O tatuowaniu rogówki i spojówki. Rozprawa na stopień doktora medycyny Witolda Gedrojć-Juragi. Petersburg. Str. 54, z tablicą rycin.

Za najlepszy przyrząd do tatuowania oka uważa kol. Gedrojć-Juraga, dziś lekarz wojskowy za Kaukazem, żłobkowaną igłę Wecker'a. Według jego zdania zabieg, zasadzający się na usuwaniu przybłonka rogówki, spoczywa na mylnej podstawie, gdyż przybłonek z biegiem czasu sam traci swą barwę. Igły Taylor'a nie są praktyczne z tego względu, iż otrzymuje się przy ich stosowaniu bardzo nierównomierne rozdzielenie barwika, ukłucia są rozmaitej długości, rogówka pozbawiona przybłonka i zatatuowana powierzchownie, nie pozwala oryentować się należycie, ile barwika użyć należy. To też tatuowanie rogówki za pomocą igieł Taylor'a dawno już w klinice Prof. Belarminowa zarzucono, jak również i sposób Fröhlich'a, połączony ze zbyt wielkim urazem i mogący łatwo wywołać następcze wydęcie rogówki przy zwiększonem ciśnieniu wewnątrzgałkowem.

Z 45 doświadczeń na królikach — 29 dokonał kol. Gedrojć-Juraga na normalnej rogówce i 16 na bielmie, które wytwarzał sztucznie za pomocą galwanokauteru lub tuszowania, po zeskrobaniu przybłonka, pałeczką żrącego potasu lub stopu równych części chlorku cynku i azotanu potasu.

Do tatuowania kol. G. używał chińskiego tuszu, berlińskiego błękitu i sepii, każdorazowo wykonywując do 600 ukłuć za pomocą igły Wecker'a, po poprzedniem zapuszczeniu do worka spojówkowego kilku kropel 3% rozczynu kokainy w sublimacie (1:5000). Z doświadczeń na *prawidłowej rogówce* następujące dały się wyprowadzić wnioski: przybłonek rogówki z biegiem czasu pozbywa się barwiku, dysseminacya farby w niezatatuowane części rogówki odbywa się z wielkim trudem, nie dochodząc prawie wcale do głębszych warstw rogówki, rozprzestrzenia się zaś w kierunku poziomym, unoszona prądem lymfy i wypychana ze sztucznych kanałów przybłonkowymi czopkami.

---

[1]) Zatem niczego autor nie dowiódł. *W.*

Główny, że się tak wyrazimy, skład farby znajduje się nie zaraz pod przybłonkiem, lecz cokolwiek niżej, ponieważ wierzchnie warstwy farby, wypełniające kanały, w końcu rozpuszczają się. Tatuowanie tem lepiej udaje się, im szybciej nastąpi zamknięcie kanałów przybłonkowymi czopkami. Z doświadczeń na *leukomatycznych rogówkach* (króliki zabijano po upływie pół godziny, 1, 2, 3, 5, 10, 20, 30 i 35 dniach) autor przekonał się, że powodzenie tatuowania zależy przedewszystkiem od samej blizny, im więcej jest ona zbitą, tem powodzenie większe. W takich rogówkach tusz zwykle przesuwa się po okołonaczyniowych przestrzeniach. Teorye Völckers'a i Holm'a, głoszące, że tatuowanie unaczynionych blizn rogówkowych sprowadza zanik samych naczyń, gdyż tusz usadawia się w ich śródbłonku i następnie już wywołuje zatory i skrzepy w naczyniach, w doświadczeniach tych nie zostały potwierdzone. Przy bielmach, ulegających częstym zapaleniom, należy przed tatuowaniem zastosować przeciwzapalne i zlekka drażniące (dla lepszego skonsolidowania) środki. Miejsc wydętych i wogóle cieńszych warstw blizn nie należy tatuować. Co do spojówki, to i ona z powodzeniem może być tatuowaną, byle tylko nie powierzchownie, gdyż farba łatwo ulega wessaniu. Pod mikroskopem zauważyć można, że tusz i tu przenika do śródbłonka naczyń, drobne ułamki farby znaleść można przy torebce Tenona. Jeżeli tatuowanie oka wikła się z zapaleniem, w takim razie, jak pokazują doświadczenia, w których używano sztucznego podrażnienia następczo, wprowadzony tusz ginie z tkanek bardzo szybko, dzięki leukocytom. Berliński błękit i sepia nie są zgoła przydatne, gdyż za szybko ulegają wysychaniu na igle i w rogówce, przytem objawy podrażnienia, przy ich stosowaniu, trwają zwykle dłużej (zamiast 2 dni po tuszu — aż do 10 dni po sepii). Przytem błękit traci barwę w alkalicznych roztworach, a więc musi być czułym i na lymfę.

W klinice Prof. Belarminowa rozszerzono znacznie zakres tatuowania: więc przy leukoma totale i atrophia bulbi, przy strabismus na oczach z garbcem, lub bielmem, przy leukoma adhaerens, przy zaćmach (cataracta calcarea) stosują zabieg ten z powodzeniem. Jeśli granice rogówki zniesione, w takim razie wyrysowują za pomocą tuszu krąg, odpowiadający rozmiarom zdrowej rogówki, formują źrenicę i następnie już za pomocą arkad łączą źrenicę z brzegiem sztucznej rogówki. Przy zezach tatuowanie ma dwie rzeczy na celu: wzgląd kosmetyczny i pozorne usunięcie zeza. W zezie zbieżnym wyrysowuje się źrenica na zewnątrz, w rozbieżnym — na wewnątrz, odpowiednio do stopnia zezowatości, następnie w spojówce lub rogówce wspomniany wyżej krąg i arkady. Podobno wyniki mają być wyśmienite (?). *Wł. Talko.*

Myxosarcom des Sehnerven, operirt nach Krönlein mit Erhaltung des Bulbus. Dr. A. Ellinger z Karlsruhe. — (»Zeitschrift für Augenheilkunde« Nr. 1. 1899).

Z rzadkich wogóle nowotworów nerwu wzrokowego najczęstszym względnie jest mięsak śluzakowy. Szczęściem nowotwór ten okazuje tu małą skłonność do szerzenia się i nawrotów, dlatego zalecają usunąć go, o ile można, z utrzymaniem gałki. Knapp i Schiess uskuteczniali to, torując sobie drogę do guza od przodu, między gałką a ścianami oczodołu. Braunschweig pierwszy użył do tego celu sposobu Krönleina, t. j. tymczasowego wypiłowania zewnętrznej kostnej ściany oczodołu.

Zachęcony korzystnymi wynikami Braunschweiga Dr. E. wykonał operacyę Krönleina u 10 letniej dziewczynki, okazującej wybitny trzeszcz lewego oka przy zachowanej ruchomości gałki, spłaszczenie tejże z przodu ku tyłowi (refrakcya w plamce żółtej +11D, na obwodzie —2D), wreszcie zanik tarczy nerwu wzrokowego i znaczne niedowidzenie (Vlo = palce przy oku). — Wypiłowawszy kawałek czołowego wyrostka kości jarzmowej, odchylił go na zewnątrz i otworzył sobie w ten sposób wygodny przystęp do oczodołu, w którym teraz widać było duży, wrzecionowaty guz w miejscu nerwu wzrokowego. Guz ten dał się z łatwością wyciąć bez obrażenia któregokolwiek z mięśni ocznych, poczem oko natychmiast wróciło w głąb oczodołu. Dopiero następowy krwotok wysadził gałkę powtórnie, po zeszyciu jednak powiek i założeniu opaski uciskowej trzeszcz znowu ustąpił. Wypiłowany wyrostek przyrósł w krótkim czasie prawidłowo do otaczających kości. Ostateczny wynik zabiegu był możliwie jak najlepszy tak pod względem leczniczym, jak zwłaszcza kosmetycznym, co widać na fotografiach zreprodukowanych w pracy Dra E. Badanie drobnowidowe wydobytego nowotworu wykazało utkanie, odpowiadające mięsakowi śluzakowemu. *Dr. K. W. Majewski.*

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. 76-te roczne posiedzenie British Med. Association.

Dział chorób dziecięcych. Rozprawa o kile przyrodzonej.

Sprawozdawca Hutchinson omawia wyłącznie kiłę spóźnioną odziedziczoną.

Z wywodów jego wynika, że zapalenie miąższowe rogówki (keratitis parenchym dif.) jeszcze po 30—40 latach wystąpić może.

Natomiast zachorzenia stawów i głuchota nigdy po 20 roku nie objawiają się, a także kilaki i inne kiłowe zajęcia języka rzadko później występują. Zmiany zwyrodnienia systemu nerwowego rzadko wcześnie się objawiają, przewlekłe zapalenia skóry u starszych dzieci i dorosłych zazwyczaj nie polegają na kile. Dalej zaznacza H., że możliwość przeniesienia kiły na trzecie potomstwo można zupełnie wykluczyć, a zarazem przestrzega przed przesadnem podnoszeniem niebezpieczeństw, powstających przez kiłę odziedziczoną. Uważa wkońcu, że zakaz wejścia w stan małżeński osobom syfilitycznym nie powinien dłużej nad dwa lata się rozciągać.

Comby z Paryża podnosi, że cera płowa twarzy, głównie przy ustach, nosie i oczach występująca, już znamiennym jest, wobec braku innych, objawem kiły odziedziczonej. Omówiwszy rozpoznanie różniczkowe rozlicznych kiłowych zachorzeń, zaleca u niemowląt energiczne przeprowadzenie wcierek, i to dwa razy dziennie, po 2 gr. maści 50% (!), a przy cierpieniach skóry dwa razy dziennie kąpiel sublimatową 1:10000. Leczenie to trwać winno 2—3 lat z przerwami miesiąc trwającemi po każdym kwartale.

Hutchinson młodszy sądzi, że często przeocza się kiłę przyrodzoną u młodych ludzi, zbyt wiele wagi kładąc na zęby i zapalenie miąższowe rogówki, które to znamiona w 50% zawodzą.

Oprócz symetrycznego zapalenia maźnej błony kolan (synovitis), może i rodzaj osteo-arthritis i zapalenie stawu, podobne do gruźliczego, wypływać z kiły przyrodzonej. Thomson przytacza przypadki, gdzie zawsze tesame narządy u dzieci tej samej rodziny chorobom podlegały.

Wkońcu zaznacza Hutchinson, że leczenie kiły odziedziczonej dopiero wtenczas rozpoczętem być winno, gdy występują stanowcze tejże objawy. Długotrwałe leczenie małych dzieci rtęcią przeszkadza wytworzeniu się zębów zdrowych, a jodek potasu w takim wieku wogóle nie powinien być podawanym. Ashby środka tego w przypadkach przewlekłych także nie używa, natomiast przy niektórych objawach ostrego okresu choroby uważa go za wielce cenny.

W.

2. Ophthalmological Society of the United Kingdom. Posiedzenie z d. 8. lipca 1898. r.

Spicer mówi *o nabiegu spojówki wodnistym* (oedema) *wskutek zatkania prądu lymfatycznego.* Rozróżnia postać ostrą i przewlekłą. Pierwsza jest następstwem zakażenia toksycznego spojówki, która zrazu nie potrzebuje być mocno podrażnioną. Wskutek zapalenia atoli gruczołów przyusznych i karkowych, z powodu zatamowania lymfy powstałego, przychodzi do nabiegu silnego spojówki, która w postaci poduszek wychyla się pomiędzy powiekami. W dwóch

odnośnych przypadkach, spostrzeganych przez S., objawy te wzmagały się jeszcze przez równoczesne zapalenie migdałów. Stosowne leczenie w krótkim czasie usuwa zapalenie spojówki i gruczołów.

Przewlekła postać jest następstwem ropnego zapalenia gruczołów twarzy i karku. Po zagojeniu się gruczołów, blizny powodują zastój lymfy, a przez to stałe części lymfy gromadzą się w tkance spojówkowej i podspojówkowej, prowadząc do nabiegu twardego w rodzaju słoniowaciny. Nabieg ten, w przeciwieństwie do nabiegu ostrego, jest bardzo uporczywym, a nawet wprost nieprzystępnym leczeniu.

Collins podaje nową *teoryę powstawania przedniej zaćmy biegunowej (cat. polaris anterior.)*. W przypadku przez siebie spostrzeganym melanotyczny mięsak ciała rzęskowego dotykał przedniej powierzchni soczewki i spowodował zaćmienie, które po wyjęciu gałki okazało się pod względem badania mikroskopowego zupełnie podobne do zaćmy biegunowej przedniej. C. sądzi, że i ostatnia zawdzięcza swe pochodzenie stykaniu się rogówki z soczewką w życiu płodowem, i że stykanie to upośledza odżywianie soczewki. Teoryę swą opiera C. jeszcze na kilku innych przypadkach, gdzie oprócz zaćmy przedniej biegunowej znajdowało się podobne zaćmienie głębsze, a mikroskopijnie równe pierwszej, ale od niej warstwą kory przeźroczystej oddzielone. W życiu płodowem najprzód stykała się soczewka z rogówką miejscem, odpowiadającem głębokiemu zaćmieniu. W miarę rozwoju soczewki, stykanie to usuniętem zostało przez warstwy nowo utworzonej kory. Dopiero później, po ukończeniu rozwoju soczewki, znowu nastąpiło zetknięcie.

Cross mówił *o znaczeniu podspojówkowych krwawień przy retinitis haemorrhagica*. Wobec tego, że krwawienie podspojówkowe, przy operacyach zezu i innych zabiegach podspojówkowych powstające, żadnych złych nie pociąga następstw, postanowił C. zastosować przecinanie naczyń podspojówkowych przy nawałach i wynaczynienach siatkówki. W tym celu nożyczkami, używanemi do zezu, przecinał spojówkę w rozmaitych miejscach, najczęściej pomiędzy mięśniem prostym wewn. a dolnym, lub też pomiędzy zewnętrznym a górnym. Krwawienie podtrzymuje się jeszcze jakiś czas przez ciepłe okłady. W kilku przypadkach miał się stan ócz znacznie poprawić, a mianowicie wzrok podnieść, nawet wtenczas, gdy zwykle zastosowywane środki, jak upusty krwi na skroni, jodek potasu, przeczyszczania, żadnego nie odniosły skutku [1]).

---

[1]) Z własnego doświadczenia możemy to potwierdzić, przekonawszy się w kilku przypadkach, w których, robiąc zastrzykiwania podspojówkowe soli, mimowolnie spowodowaliśmy silniejsze krwawienie, że wzrok sto-

Critchett wspomniał o niedowidzeniu, spowodowanem jodoformem u starszej kobiety, u której od lat trzech rozpadowy rak sutki codzień środkiem tym był posypywany. Nagle wystąpiło silne niedowidzenie, połączone ze zupełną ślepotą barwną. Wprawdzie niebieska barwa była jeszcze rozpoznawaną, ale stwierdzono dla niej skotoma środkowe. Wziernik nie mógł nic nieprawidłowego wykazać, prócz lekkiej bladości zewnętrznej części tarczy i ziarninowego wyglądu żółtej plamki. Po zaniechaniu jodoformu objawy te szybko ustępowały, lubo po 10 tygodniach niezupełnie jeszcze były znikły (»British Med. Journal«. 16/7. 1898. *W.*

3. Wiener medicinischer Club. Posiedzenie z d. 1. lutego b. r.

Dr. H. Weiss przedstawia chorą 61 letnią, z guzem wzgórka czworaczego.

Osoba ta bez dziedzicznej wady, nigdy nie chorowała, a tylko od lat kilku podlegała bólom głowy. Bóle te wzmagały się przed zachorowaniem, ale nie łączyły się z wymiotami. Nagle 20. maja z. r. po silnym zawrocie dostała wymiotów, co przez następne 4 tygodnie często się powtarzało. Przytem miewała szum w lewem uchu, kłucie w prawem i skroni. W lipcu wystąpiło niedosłyszenie lewego ucha, dochodzące do zupełnej głuchoty. Równocześnie pojawił się z opadnięciem powieki i zez rozbieżny po prawej stronie. Ból głowy, wymioty i zawrót rzadko powtarzały się, a w ostatnim czasie tylko przy nagłych zwrotach lub psychicznych podrażnieniach. Chora nie przyznaje się ani do zarażenia, ani też do nadużywania wyskokowych napoi. Dwa razy prawidłowo rodziła, nigdy nie roniła.

Badanie chorej nie wykazało nic szczegółowego, prócz rozedmy płuc, nerki ruchomej i zwykłych objawów starczych.

Natomiast przemawia za ciężkiem zaburzeniem stan nerwowy. Po prawej stronie zupełne opadnięcie powieki, gałka, mocno na zewnątrz zwrócona, jest nieruchomą ku górze, dołowi i wewnątrz. Żrenica, szersza, aniżeli po lewej stronie, nieruchoma i niewrażliwa na światło i na wysilenia akomodacyi, jako też na konwergerencyę. Wzrok znacznie obniżony (palce na $^1/_2$ metra). Lewe oko pod każdym względem prawidłowe, a wziernik u obu ócz nic nieprawidłowego wykazać nie może. Szum w lewem uchu jeszcze trwa, a badanie ucha wykazało: bębenki lekko wciągnięte i zmętnione. Głośną mowę słyszy chora prawem uchem na $^3/_4$ m., szept przy małżowinie; lewem uchem szeptu wcale nie rozumie. Zupełna utrata C_1, C_2 i C_4 przez pośrednictwo powietrza. C_2 na kości po mocnem uderzeniu,

---

sunkowo znacznie się poprawił, a objawy śródoczne także widocznie na korzyść się zmieniały. *W.*

skrócone i spóźnione w porównaniu do prawego ucha, które C_1, C_2 wcale nie słyszy, C_2 na kości skrócone, ale dłuższe, aniżeli po lewej stronie.

Inne nerwy mózgowe nie przedstawiają żadnej nieprawidłowości. Czucie twarzy prawidłowe. Ruchomość i czucie kończyn nieupośledzone. Żadnych objawów ataksyi, natomiast drżenie celowe (Intentionstremor) w górnych kończynach, a odczyny wzmożone.

Pod względem różniczkowego rozpoznania możnaby się skłaniać do przyjęcia kiły mózgowej z powodu nagle występującego opadnięcia powieki górnej, dalej narośli móżdżku i narośli wzgórka czworaczego. Kiła winna być wykluczoną wobec anamnezy i bezsilności środków stosowanych, zresztą stan od dłuższego czasu nie zmienia się. Przeciw guzowi móżdżku przemawia brak bezładu, odosobniona oftalmoplegia i równocześnie występująca głuchota. Natomiast przemawiają według dotychczasowych doświadczeń w pierwszym rzędzie zupełna oftalmoplegia prawej strony przy nierówności obu źrenic, obniżenie wzroku, drżenie i skrzyżowane porażenie nerwu słuchowego za guzem, który może być usadowiony na prawym przednim wzgórku, przyczem także i tylny prawy wzgórek uległ obrażeniu. Temby się tłomaczyło porażenie skrzyżowane, zawrót i wymioty. Brak tarczy zastoinowej i obustronnej oftalmoplegii nie wyklucza guza wzgórka czworaczego (Według »Wien. Med. Presse«. N. 9. 1899).

W.

V. WIADOMOŚCI Z KLINIK I STATYSTYKA LEK.

Mittheilungen aus der St. Petersburger Augen-Heilanstalt. Heft V. (Petersburg. 1898. Str. 106).

Petersburski oftalmiczny instytut, zostający od wielu lat pod światłem kierownictwem Dra hr. Magawly, w r. z. wydał V. zeszyt swoich sprawozdań. Już kilka razy wzmiankowałem w pismach, że to jedyny oftalmiczny zakład w Rosyi, który peryodycznie dzieli się z publicznością i światem lekarskim czynnością swoich ordynatorów (przed 2 laty Dr. Neese w Kijowie wydał ozdobne sprawozdanie za 13 lat z zakładu dla ocznych chorych imienia Popowych [1]).

Prócz liczbowych i statystycznych danych za lata od 1892. do 1894. roku, jak ambulatoryjnie, tak i stale leczonych chorych,

[1]) Rozbiór jego drukowałem w moskiewskim miesięczniku »Chirurgia« (1897. N. 3).

a także o liczbie i rodzaju dokonanych operacyi, znajdujemy w zeszycie następujące rozprawy: 1) Dra Schroeder'a o keratalgia traumatica i powrotnych nadżerkach rogówki; 2) Dra Germann'a o symptomatologii, rokowaniu i terapii oczodołowych chorób ocznych; 3) Dra E. Blessig'a o 3 wypadkach oczodołowego zranienia n. wzrokowego; 4) wreszcie spostrzeżenia Dra Natanson'a: jaskra przy retinitis pigmentosa i myopii.

Zastrzegając sobie streszczenie powyższych prac osobno, tutaj podaję tylko statystyczne dane z petersburskiego oftalm. zakładu:

Ambulatoryjnie leczono w 1892. roku 5192 chorych, w 1893. r. 5025, w 1894. r. 5162.

Stałych chorych leczono z chorobami, w r. 1892., 1893. i 1894.,

spojówki	355,	299,	406,
twardówki . . .	15,	14,	9,
rogówki	504,	509,	587,
jagodówki . . .	115,	86,	76,
jaskra	123,	115,	108,
siatkówki i n. wzr.	32,	38,	26,
soczewki	292,	233,	269,
gałki	11,	18,	18,
mięśni i nerwów .	45,	24,	39,
powiek	189,	149,	224,
oczodołu	8,	5,	8,
dróg łzowych . .	36,	30,	34,
myopia maxima .	3,	6,	6,
Razem . .	1075,	1027,	1113,

Operacyj wykonano: w r. 1892., 1893. i 1894.

u ambulatoryjnych chorych .	1552,	1555,	1696
u klinicznych chorych . . .	1013,	812,	964
Razem . .	2565,	2367,	2660

W ciągu trzech lat wykonano operacyi zaćmy . . . 768
wycięcia tęczówki . . 719.

Widzimy z tego, jak pięknym materyałem może się poszczycić petersburski oftalmiczny zakład. Należy się przewodniczącemu i ordynującym lekarzom uznanie nie tylko za wzorowe prowadzenie zakładu, który zwiedziliśmy kilkakrotnie, lecz i za naukowe spożytkowanie materyału. *Dr. J. T.*

VI. LECZNICTWO.

13. **Pokrzywa przy jaglicy.** Jakich już środków nie zalecano przy uporczywej jaglicy! Przybywa do nich sok z pokrzywy, gorąco zalecany przez Dra Sirotkina z gubernii samarskiej. Wyśmienite wyniki widział on przy użyciu odwaru ze świeżej herbae urticae urentis (1 część na 6—7 części wody); żeby gęsty zielonawy płyn nie psuł się prędko, autor radzi dodawać doń 0,1—0,2% cupri sulfurici w glicerynie. Watą, zmoczoną tym płynem, smaruje on co drugi dzień spojówkę chrząstkową i jej załamki. Z początku spostrzegamy przy tem zblednienie spojówki i rogówki (w razie pannus), ziarna jaglicowe spłaszczają się, wzrok się polepsza. „Już 4 miesiące, jak nie używam żadnych innych środków“ [1]), pisze Dr. S. w „Wiestniku Oftałmołogii“ (książka I-sza z 1899. r.). *Dr. J. T.*

14. **Aneson,** czyli wodny roztwór acetonchloroformu, ma zalety znieczulania miejscowego, a działanie to odpowiada działaniu 2% roztworu kokainy, wobec której wyróżniają go następujące zalety: 1) działa także znieczulająco na tkanki zapalone; 2) najmniej z wszystkich do miejscowego znieczulania używanych środków jest trującym; 3) nie wywołuje po użyciu do znieczulenia nabiegowego sposobem Schleicha bólu późniejszego (Nachschmerz). Dr. Mosbacher (w „München. Med. Wochenschr.“ 1899. N. 3).

15. **Wpływ żelaza, arsenu, potasowego jodku i hemoglobiny** na tworzenie krwi oznacza Machesini („Clinica Medica Italiana“ 1898, p. 729) w następującym stosunku: Sole żeleziste poprawiają o tyle wadliwy skład krwi, że przez nie hemolyza albo zmniejszoną, albo nawet zniesioną być może, wskutek czego zawartość hemoglobiny zaraz się znacznie podnosi. Połączenia arsenowe działają pobudzająco na narządy wytwarzające krew, ale przez działanie hemolytyczne tylko nieznacznie przyczyniają się do podniesienia ilości hemoglobiny. Jodek potasu przeważnie działa podniecająco na gruczoły lymfatyczne, a słabiej od arsenu działa hemolytycznie. Świeża hemoglobina silnie podrażnia szpik kości, a w ten sposób przyczynia się do pomnażania krwinek czerwonych, ale równocześnie działa także hemolytycznie.

16. **Largina,** połączenie srebra z wytworami rozkładowymi paranucleinproteidu, rozpuszczalnymi w alkoholu, zawierająca 11,101% srebra, jest proszkiem jasnoszarym, lekkim, rozpuszczalnym w glicerynie, w surowicy krwi łatwo, w alkoholu i eterze wcale nie, a we wodzie tylko w stosunku aż do 10,5%. Wodny roztwór alkaliczny, rozgrzany, wydaje parę o nieprzyjemnym zapachu. Ani chlorki, ani białkany nie strącają larginy z wodnego roztworu. Natomiast largina przez działanie światła tworzy osad. Badania Pezzoli'ego wykazały, że largina pewniej zabija gonokoki, aniżeli jakiekolwiek połączenie

[1]) A dodatek siarczanu koprowiny nic nie znaczy?

srebra. Według doświadczeń Dra Falty w Szegedynie znosi oko bardzo dobrze rozczyny nawet 10%. Dr. Falta zastosowywał larginę z dobrym skutkiem przeciw rozlicznym zapaleniom spojówkowym, wrzodom rogówki i zapaleniom worka łzowego. Przy śluzotoku woreczka łzowego largina prędzej usuwa ropienie od 20% protargolu. — Przy śluzotoku spojówki nie uważał Falta skutku („Centralblatt fur prakt. Augenheilkunde". Febr. 1899).

VII. ROZMAITOŚCI.

Bakterye spojówki prawidłowej. R. Randolph zbadał bakteryologicznie powierzchnię spojówki u stu zdrowych osób. Ze stu hodowli, otrzymanych przez zaszczepienie wydzieliny spojówkowej, w 13 nie było żadnego wyniku, w pozostałych zaś wypadkach stale bywał znajdowanym gronkowiec biały *(staphylococcus albus)*. Drobnoustrój ten okazał się identycznym z staphylococcus epidermidis albus Welch'a, lecz nie chorobotwórczym, pod względem zaś morfologicznym niepodobna było odróżnić go od staphylococcus pyogenes. Ten sam gronkowiec biały znajduje się w zawartości ran bezgnilnych, gojących się doraźnie; wprowadzony zaś do żył w uchu królika nie wywołuje najmniejszych objawów chorobowych.

Aby wyjaśnić znaczenie aseptyki i antyseptyki spojówki, autor postąpił w sposób następujący: w 50 wypadkach porobił przedewszystkiem szczepionki na odpowiednich podłożach, a następnie spłukiwał spojówkę 3 razy wodą gotowaną, z 5-minutowemi przerwami. Okazało się, że przed opłukaniem bezgnilnem z 50 zaszczepień w 40 wyrosły hodowle, a po opłukaniu w 32, czyli o 8 mniej. Takież same doświadczenia autor zrobił z sublimatem 1 : 5000, przyczem przedtem wyrosło 42 hodowli, a po obmyciu tylko o 9 mniej. Na mocy tych badań Randolph nie przypisuje sposobowi przeciwgnilnemu żadnej przewagi nad innymi, tembardziej, że sublimat, nawet w rozczynie 1 : 8000 zadrażnio spojówkę. Ani aseptyka, ani antyseptyka — według R. — nie jest w stanie całkowicie wyjałowić spojówki. („Knapp's Arch. f. Augenheilk." 1898. sierpień. *Dr. Stanisław Serkowski.*

Bakteryologia zapaleń spojówki i rogówki postąpiła według zdania Uhthoff'a, znacznie naprzód, osiągnąwszy wyniki bardzo ważne w praktyce. Następujące drobnoustroje mogą wywołać zapalenia spojówki: gonococcus, pneumococcus, bacillus Koch-Weecks, streptococcus pyogenes, bac. diphteriae, diplobacillus Morax [1]), pseudo-

[1]) Diplobacillus Morax — według T. Axenfeld'a (»Centralbl. f. Bakteriologie.« 1897. Nr. 1) — wywołuje u ludzi zapalenie spojówki chroniczne, podczas gdy przyczyną zapaleń ostrych bywa bac. Koch-Weecks'a. *Uwaga refer.*

gonococcus ostrego follikularnego kataru, micrococcus minutissimus Bach'a i bacterium coli commune. Zaraźliwość zapalenia spojówki, wywołanego przez gronkowca (streptococcus pyogenes) i występującego w postaci kataru lub błon rzekomych, do tej pory nie jest w zupełności udowodnioną. Mięszane zakażenia kilku gatunków pociągają za sobą niezwykłe zjawiska kliniczne. Przy keratomycosis aspergillina znaleziony został aspergillus fumigatus. Prócz wymienionych wyżej, znajdujemy w literaturze wzmianki o znalezieniu na spojówce i następujących laseczników: bac. capsulatus Pfeifferi, b. pyogenes foetidus, b. pyocyaneus, b. ozaenae, b. tuberculosis i b. leprae. („Centr. f. Bakteriol. u. Parasit. XXIV B., Nr. 20;" 24 listopada, str. 798).

Dr. Stanisław Serkowski.

Zapalenie okostny oczodołowej jako powikłanie odry. U 16-letniego chłopca na 10 dzień po wystąpieniu wysypki odrowej, gdy już nie było żadnej gorączki, znów nagle podniosła się ciepłota i równocześnie zjawiło się opuchnięcie powiek i wypuklina gałki ocznej. Ucisk na dolny brzeg jamy ocznej wywoływał silny ból; prócz puchliny powiek i spojówki gałki ocznej, można było palcem wyczuć twardy obrzęk, znajdujący się w związku z dnem jamy ocznej. W wypadku tym, który mógł być przyjęty za thrombosis sinus cavernosi nastąpiło zagojenie bez ropienia. („Münch. med. Wochenschr." 1898. Nr. 42).

Dr. Stanisław Serkowski.

Rogówka a wchłanianie kolyryi. Panowie Ulry i Trezals doświadczali, w jaki sposób wnikają do przedniej komórki rozmaite środki stosowane na gałkę w postaci rozczynów wodnych, olejnych albo maści. Z doświadczeń tych wynika, że wodne rozczyny dostają się do gałki przez rogówkę, gdy przez spojówkę tylko bardzo nieznaczne ilości wnikają. Natomiast rogówka nie wchłania tłuszczu. To też leki dostające się na rogówkę w postaci maści lub rozczynów olejnych wnikają do przedniej komórki tylko za pośrednictwem łez, które je rozpuszczają. (Wedł. ref. „Clinique ophthalm" 10 Mars 1899).

Nieruchomość źrenic w napadzie hysterycznym jest częstym objawem jak Karplus (Jahrbuch f. Psychiatrie u. Neurol t. XVII zesz. 1 i 2) zapewnia. Nieruchomość źrenic zjawia się w przypadkach kurczowych napadów równocześnie z rozszerzeniem źrenic. Dotychczas sądzono, że gra źrenic przez napad hysteryczny zmianie nie ulega a czyni to tylko w epileptycznym napadzie.

Szew spojówkowy przy operacyi zaćmy zakłada Rohmer wtenczas, jeżeli chory zaznacza wielki niespokój, jeźli oko jest mocno napięte i obawiać się trzeba wypadnięcia tęczówki, dalej, gdy istnieje obawa zakażenia rany przy sprawach ropnych w spojówce lub też worku łzowym. Postępuje zaś w sposób następujący: Przed właściwą operacyą zaćmy odłącza spojówkę od rogówki i zakłada nitkę katgutową przez wolny brzeg spojówki, tak, że końce nitki przypadają na miejsca cięcia rogówkowego. Po dokończeniu operacyi ściąga nitkę, przez co spojówka przesuwa się na rogówkę w znacznej części ją pokrywając. Mały pokład waty przymocowany kollodyonem stanowi opaskę.

Po czterech dniach szew sam uwalnia się, spojówka cofa się, a po 9 dniach rogówka cała odsłania się, zagojenie zaś ma mieć przebieg dobry. Komórka przednia szybko się tworzy. Po 6 tygodniach nie ma być nawet śladu dokonanego odłączenia spojówki. („Revue med. de l'Est" 1898 Oct.).

Nie wątpimy, że w pewnych przypadkach szew taki może dać nam usługi, zwłaszcza, gdy obawiamy się zakażenia, a także przy takich chorych, którzy nie mogą spokojnie zachować się po operacyi. Zastosowanie atoli szwu spojówkowego do wszystkich operacyi zaćmy uważalibyśmy za utrudnienie techniki połączone z pewnem niebezpieczeństwem, a mianowicie ułatwieniem wypadnięcia ciała szklistego w skutek manipulacyi przy zwiężywaniu szwu, czego właśnie autor pragnie uniknąć wprowadzając szew.

Wzmożenie własności trujących prątków dyfterycznych przez symbiozę ze streptokokami badał Hilbert („Zeitschr. f. Hyg. u. Jnfkrankh." XXIX). Działanie trujące prątków dyft. wyhodowanych w bulionie ulega znacznym wahaniom, a przyczyną tego jest własność pożywki. Obfita zawartość cukru działaniu temu nie sprzyja, natomiast silna alkaliczność wzmaga ją. Dla zbadania, czy symbioza prątków tych ze streptokokami własności trujące prątków wzmaga, podjął Hilbert badania w epruwetkach jako też i na zwierzętach i przekonał się, że gdy w równych warunkach wytworzył hodowle czyste prątków, i mięszanki z prątków i streptokoków, w ostatnich daleko prędzej i silniej wystąpiła toksyczność i alkaliczność aniżeli w czystych hodowlach.

Zdaje się więc, że zespolenie ze streptokokami jadowitość prątków dyfterycznych wzmaga. Z doświadczeń swych wyciąga autor dla praktyki wniosek, że wobec tej wzmożonej przez symbiozę ze streptokokami jadowitości prątków trzeba większą stosować dawkę antitoksyny, a przeciw niebezpieczeństwu zakażenia streptokokami wcześnie zastrzykiwania lekowej surowicy podejmować.

Zapalenie błoniaste spojówki w świetle bakteryologii. Badania podjęte w tym kierunku w klinice w Bazylei wykazały w jednym przypadku stafylokoki i pneumokoki w trzech innych przeważnie prątki dyfteryczne a zaszczepienie tychże królikom i morskim świnkom spowodowało śmierć w dwóch pierwszych przypadkach, a zachorzenie przejściowe w trzecim przypadku.

Mimo, że dzieci dotknięte tą chorobą leżały na wspólnej sali, sąsiednie dzieci nie uległy zakażeniu, co Prof. Mellingera skłania do wypowiedzenia przekonania, że mimo wyników bakteryologicznych uważać trzeba conj. crouposa za cierpienie miernie nasilone z małą zaraźliwością. („34. Jahresbericht der Augenheilanstalt in Basel", Von Prof. Mellinger). Według naszego doświadczenia zapalenie błoniaste spojówki jest chorobą łagodną, a mało zaraźliwą. Por. nasz artykuł w Now. lek. 1894. o zapaleniu błoniastem spojówki.

Panophthalmitis. W dwóch przypadkach z panopht. udało się Dr. Kastalskaja wyhodować prątek, który pod względam biolo-

gicznym jako też morfologicznym w niczem nie różnił się od prątków Klebsa i Loefflera, ale nie posiadał równej tymże jadowitości. Zdaniem autora prątek ten rzekomo dyfteryczny posiada właśnie dla oka swoistą jadowitość.

Palniki Auerowskie. Znaczenie tych palników pod względem hygienicznym omawia prof. Boguski w artykule wstępnym „Światła" zeszyt 4-ty. Ponieważ światło Auerowskie, w którem przeważają promienie o większej łamliwości, błękitne, niebieskie, fioletowe, znacznie się różni w swym składzie widmowym od światła dziennego, przeto zdaniem Boguskiego nie mogą one być właściwie dostosowane do własności siatkówki, gdyż promienie o większej łamliwości uświadamiają się w naszym umyśle słabo, a praca przy takiem świetle powoduje zbytnie natężenie oka objawiające się łatwem znużeniem.

Niewątpliwie odnosi się to więcej jeszcze do światła elektrycznego łukowego, mniej zaś do światła Auerowskiego, które obok promieni o większej łamliwości obfituje w promienie żółte łatwo uświadamiające się.

Wiedeń. Dnia 19. marca odsłonięto w dziedzińcu uniwersytetu obok pomnika Billrotha, pomnik Prof. Mauthnera. Następca Mauthnera na katedrze oftalm., Prof. Schnabl, wygłosił przytem mowę, sławiącą znaczenie Mauthnera, jako męża nauki.

Na zjeździe 71. niemieckich lekarzy i przyrodników, mającym się odbyć w Mnichowie w d. od 18—23. września b. r., gospodarzem sekcyi okulistycznej będzie Prof. Rothmund, sekretarzami zaś Dr. Schlosser i Dr. Sicherer. Zgłoszenia odczytów i demonstracyi przyjmują ciż panowie do końca kwietnia.

VIII. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Rothmund w Mnichowie ustępuje z profesury z końcem zimowego półrocza.

Prof. H. Snellen w Utrechcie złożył profesurę przy uniwersytecie, a następcą jego ma zostać syn tegoż Dr. H. Snellen.

Prof. H. Knapp w Nowym Jorku wybrany został wiceprezydentem nowojorskiej Akademii medycznej.

IX. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W Moskwie zmarł Dr. Jan Drużynin, b. długoletni okulista okręgu wojskowego moskiewskiego, ostatnio korpuśny lekarz korpusu grenadyerów. Zacny ten kolega pozostawił po sobie dobrą pamięć. W „Wiestn. Oftalm." napisał kilka rozpraw w sprawie anomalii refrakcyi oczu. *Dr. J. T.*

Tajny radca, Dr. Samelsohn, znany i ceniony praktyk, zmarł po długich cierpieniach, które go od dawna od pracy ulubionej oderwały, w Kolonii nad Renem, d. 7. b. m., w 58. roku życia.

X. OD REDAKCYI.

Panu Dr. T. w L.: »Postęp« pragniemy wyłącznie poświęcić nauce i praktyce.

Polemiki, o ile ona nie dotyczy strony czysto naukowej, rzeczowej, nie podejmujemy, ani też nie myślimy zaczepek, niechęcią spowodowanych, uwzględniać. *Krytyka* każda powinna rzeczywiście opierać się na zasadzie »sine ira, sed cum studio«. Zresztą każdemu, kogo spotkamy na drodze, wytkniętej w zapowiedzi naszego pisma, chętnie podamy rękę do wspólnej pracy. Im więcej takich, którzy w tej wspólnej pracy szukają ziarna prawdy, tem lepiej dla nauki.

Do wiadomości PP. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcyi:** *Wolska, 11.*

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya** (p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcya 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośne objawić na rękopisie.

Redakcya uprzejmie prosi przesyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcya.

Ogłoszenia.